

## Caso Clínico

# Recién nacida prematura, quiste ovárico

María Susana Apablaza,<sup>1</sup> Eduardo Villagrán<sup>2</sup>

### RESUMEN

Recién nacida prematura, con diagnóstico de quiste ovárico izquierdo de 4,7 cm de eje mayor, con signos ecográficos de hemorragia. Cursa paralelamente con sepsis neonatal. Se discute resolución quirúrgica inmediata posponiéndose finalmente a los tres meses de vida.

PALABRAS CLAVES: *Quiste ovárico*

### SUMMARY

Newborn premature with diagnosis of left ovarian cyst of 4.7 cm axis may, with ecografics signs of hemorrhage. It attends parallely with neonative sepsis. Immediate surgical resolution is discussed, poponing itself finally to the three months of life.

KEY WORDS: *Ovarian cyst, ovarian neoplasm, adnexal mass, antenatal diagnosis.*

### INTRODUCCION

Los tumores ováricos derivan de quistes funcionales, neoplasias benignas y malignas (1), constituyendo las neoplasias genitales

más frecuentes durante la niñez, correspondiendo al 1% de las neoplasias malignas entre los 0 y 17 años (2).

Los quistes funcionales representan el 20-50% de los tumores ováricos, considerándose una variante de un proceso fisiológico normal (1). En general de resolución espontánea.

Las neoplasias son de origen epitelial, del estroma del cordón sexual, de células germinales y gonadoblastomas. Los de origen germinal son más frecuentes en menores de 20 años. Existen estudios que evidencian una asociación entre la aparición de estos tumores y el antecedente de tumores ováricos en la familia, dato importante para la detección precoz de este tipo de neoplasias (3).

En el último trimestre del embarazo el feto esta bajo la influencia de altas tasas de esteroides placentarios. Al nacer, estos bajan bruscamente produciéndose liberación de GnRh, con aumento secundario de FSH y LH en el feto femenino, principalmente FSH que se mantiene en niveles detectables hasta los dos a tres años de vida. De esta manera el ovario fetal presenta crecimiento folicular in útero, folículos primarios desde las 20 semanas de gestación y folículos de Graaf desde las 32 semanas, presentes en el 40-60% de los ovarios de las recién nacidas. A veces estos folículos crecen y forman quistes ováricos prenatalmente, procesos autolimitados al desaparecer la acción esteroideal materna. En esta etapa de la vida los quistes ováricos tienen una frecuencia de 30-70% según la edad gestacional. Frecuentemente son unilaterales. Tanto los simples como complejos a menudo

<sup>1</sup> Gineco-Obstetra, Ginecóloga Infante - Juvenil. Departamento de Obstetricia- Ginecología, Clínica Alemana de Temuco.

<sup>2</sup> Gineco-Obstetra, Departamento y Servicio de Obstetricia-Ginecología. Universidad de la Frontera. Hospital Regional Temuco.

regresan espontáneamente antes y después de l nacimiento, por lo que la conducta es la observación (1). Los riesgos son hemorragia, rotura, torsión, necrosis, obstrucción gastrointestinal y urinaria, encarcelamiento en una hernia inguinal congénita e insuficiencia respiratoria. El índice de malignidad es tan bajo que no debiera considerarse para las decisiones terapéuticas.

Los quistes ováricos neonatales regresan antes de los 4 meses de edad. En quistes persistentes grandes, mayor a 5-6 cm algunos plantean la aspiración para disminuir el riesgo de torsión. Las indicaciones generales de cirugía son:

- Quistes que crecen o persisten durante más de 4 meses.
- Complicaciones: hemorragia, torsión, ruptura.
- Gran tamaño, produciendo por ejemplo problemas respiratorios.

Cuando la tumoración ovárica es un quiste o tiene muy pocos ecos o restos que sugieran hemorragia, sin otras características complejas como tabicación o calcificaciones, lo más probable es que sea benigna y la conducta es mantenerla bajo observación (4, 5).

Los quistes ováricos hemorrágicos disminuyen de tamaño y se hacen anecogénicos antes de la resolución.

La cirugía debe ser conservadora en todos los casos que sea posible.

## CASO CLÍNICO

Recién nacida prematura con antecedente de parto vía cesárea a las 34 semanas por ruptura prematura de membranas, infección ovular, con maduración pulmonar previa. Peso de nacimiento de 1980 g. Talla de nacimiento 43,5 cm. Evolucionan con sepsis por estreptococo grupo B. Prenatalmente se realiza diagnóstico de quiste ovárico izquierdo de 4,7 cm de eje mayor, con signos sugerentes de hemorragia que compromete aproximadamente un 25% del volumen total. En control ecográfico al tercer día de nacimiento, se constata quiste de 4,3 cm de eje mayor, sin modificaciones en relación a contenido. Eva-

luada por cirujano infantil, indica resolución quirúrgica, la que sugiere programar después de 72 h de tratamiento antibiótico. Se solicita evaluación por ginecología infantil, que considerando la no existencia de cambios ecográficos, ni clínica sugerente de complicación, propone que en ese momento no tendría indicación estricta de cirugía, situación que podría variar de acuerdo a evolución clínica y ecográfica, destacando que decisión final debe considerar contexto general de la recién nacida. Se realizan controles ecográficos, último a los tres meses, no evidenciándose cambios significativos, por lo que se indica cirugía.

*Descripciones quirúrgicas:* Necrosis de ovario y dos tercios distales de trompa derecha. Ovario izquierdo poliquistico.

Se realiza anexectomía.

*Resultado de biopsia:* Formación quística de tipo ovárica con infartación hemorrágica antigua y calcificación distrófica (no se observa tumor).

Control ecográfico postcirugía constata ovario izquierdo normal.

## COMENTARIO

Los quistes ováricos prenatales y neonatales generalmente regresan en forma espontánea, incluso complejos, por lo que la conducta debe ser expectante, considerando siempre las condiciones generales de la paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Emans Laufer Goldstein: Tumores ováricos benignos y malignos. En: Ginecología Pediatría y la Adolescente. 4° ed, 2000; 425-49.
2. Green JL, Maxson WS: Ovarian tumors in children and adolescents. Clin Obstet Gynecol 1977; 20: 607.
3. Valenzuela E, Molina R: Tumores del aparato genital de la niña y la adolescente. En: Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia. 1ª ed, 2003; 348-66.
4. Millar DM, Blake JM, Stringer DA, et al: Prepubertal ovarian cyst formation: 5 years experience. Obstet Gynecol 1993; 81: 434.
5. Van winter JT, Simmons PS, Podratz KC: Surgically treated adnexal masses in infancy, childhood, and adolescence. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 1780.